FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1903

THÈSE

N° 44

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1903, à 1 heure.

PAR

Gérard ANDRIEU

ÉTUDE SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET LE

TRAITEMENT DES HERNIES DE L'S ILIAQUE

PAR GLISSEMENT

Président : M. TERRIER, *Professeur.*

Juges : M. TILLAUX, *Professeur.*
M. RECLUS, *agrégés.*
M. GOSSET, *agrégés.*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1903

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.)	GOUGET.	MARION.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MÉRY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RÉMY.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER,

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOULOUSE

M. le Dr Mossé, professeur de clinique médicale.
M. le Dr Frenkel, professeur agrégé.
M. le Dr Dupin, chirurgien des hôpitaux.
M. le Dr E. Escat.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Dr Kirmisson, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté chirurgien de l'hôpital Trousseau.
M. le Dr Blum, professeur agrégé chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.
M. le Dr Bar, professeur agrégé. Accoucheur de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine.
M. le Dr Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu.
M. le Dr Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
M. le Dr Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau.
M. le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon.
M. le Dr Tissier, accoucheur des hôpitaux.
M. le Dr Terrien, ancien chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu.
M. le Dr Chaillous, assistant du service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière.

INTRODUCTION

Les hernies par glissement de l'S iliaque constituent une variété assez rare de hernies. Leur traitement présente des difficultés quelquefois très considérables, et tous les chirurgiens, qui se sont occupés de la question, ont insisté sur ce fait.

Notre travail est divisé en trois parties.

Dans la *première partie*, après quelques considérations anatomiques et pathogéniques, nous étudions l'anatomie pathologique de ces hernies.

La *deuxième partie* est consacrée à l'étude de leur traitement chirurgical.

La *troisième partie* comprend les observations cliniques.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier d'une façon toute particulière : MM. les Drs Morestin et Savariaud, chirurgiens des hôpitaux, qui ont eu l'obligeance de nous fournir des observations inédites, et notre ami le Dr Dambrin, ancien interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous aider de ses conseils.

Considérations anatomiques et pathogéniques.

Avant d'étudier l'anatomie pathologique des hernies de l'S iliaque par glissement, il est absolument nécessaire de rappeler quelques notions anatomiques.

Sous le nom d'*S iliaque*, nous désignerons le *colon iliaque*, c'est-à-dire cette portion du gros intestin qui occupe la fosse iliaque gauche. Elle commence au niveau de la crête iliaque, point où elle fait suite au colon descendant, et se termine au niveau du bord interne du psoas, en se continuant avec le colon pelvien.

Tandis que le colon pelvien possède un méso très développé, le colon ilaque en est le plus habituellement dépourvu. L'embryologie nous apprend que primitivement le colon descendant et le colon iliaque sont eux aussi rattachés à la paroi abdominale postérieure, par le mésentère terminal primitif. Celui-ci disparaît peu à peu, en se soudant au péritoine pariétal. Exceptionnellement, le colon iliaque conserve une enveloppe séreuse complète, un court méso, le *mésocolon iliaque définitif*. *Dans l'immense ma-*

jorité des cas (90 0/0 d'après Jonnesco), *ce méso n'existe pas, et l'S iliaque est fixe*, accolée au péritoine par sa face postérieure (*Fig.* 1).

Ces variations du péritoine du colon iliaque, sont capitales à connaître, car elles nous permettront d'expliquer les rapports variables de l'intestin avec le sac, dans les hernies de l'S iliaque par glissement.

Nous ne voulons pas étudier ici, le *mécanisme* des hernies par glissement de l'S iliaque. Il est probable qu'il faut tenir le plus grand compte de la situation anatomique de l'S iliaque, dans la fosse iliaque. Jonnesco a bien montré que, chez certains sujets, ce segment du gros intestin, était haut situé dans la fosse iliaque gauche, près de la symphyse sacro-iliaque, tandis que chez d'autres sujets, il était placé très bas, contre l'arcade de Fallope. Cette *situation basse* est une condition très favorable à la production de la hernie. Sous l'influence de la constipation opiniâtre, de l'effort répété, chez un homme à mauvaise paroi abdominale, l'S iliaque peut glisser sous le péritoine qu'il décolle et qu'il entraîne.

Quelle que soit la pathogénie des hernies de l'S iliaque par glissement, ce qu'il est très important de savoir, c'est que toujours l'intestin entraîne avec lui ses moyens de connexion, c'est-à-dire ses vaisseaux et le péritoine pariétal voisin. Ce sont ces connexions qui constituent l'*adhérence charnue naturelle*, décrite par Scarpa. « Cette espèce d'adhérence, dit Scarpa (1), est formée par les mêmes liens qui fixaient naturellement l'intestin dans la cavité abdo-

(1) Scarpa. *Traité des Hernies*. Traduction de Cayol. 1812, page 166.

minale, et qui ont été entraînées avec lui dans le scrotum. Elle ne s'observe point dans toutes les hernies scrotales, mais seulement dans celles du gros intestin. »

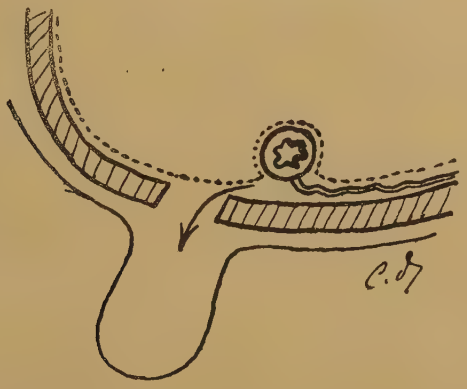

Fig. 1. — Côlon iliaque dépourvu de méso.

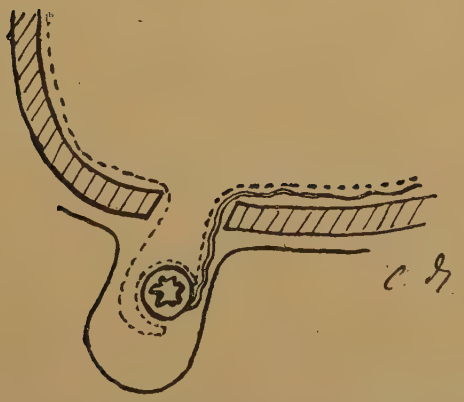

Fig. 2. — Hernie par glissement; l'intestin, dépourvu de méso, est en partie extrasacculaire.

Anatomie pathologique.

Les hernies par glissement de l'S iliaque, siègent toujours du côté gauche, et se font dans le canal inguinal. Mérigot de Treigny dans sa thèse, cite un cas de hernie crurale de l'S iliaque, il serait dû à Malgaigne (obs. V du Mémoire sur l'étranglement). A l'autopsie d'un homme opéré pour une hernie inguinale épiploïque enflammée, l'on trouva au niveau de l'anneau crural gauche, un cul de sac péritonéal, mesurant 1 pouce 1/4 de profondeur « une des franges graisseuses de l'S iliaque était soudée au fond par des adhérences solides ». Il ne s'agit nullement ici d'une hernie véritable de l'S iliaque, et nous pouvons dire, que toutes les hernies par glissement de l'S iliaque, observées jusqu'à ce jour, sont des hernies inguinales.

Elles appartiennent le plus souvent à la variété oblique externe. Les rapports du collet de la hernie, sont donc les mêmes, que ceux des autres hernies inguinales obliques externes, c'est dire que l'artère épigastrique répond à sa

partie interne. Cette disposition est particulièrement notée dans l'observation présentée en 1882 à la Société anatomique par Ladroitte.

Le volume de ces hernies est variable, quelquefois il est énorme. Ordinairement, ces hernies volumineuses contiennent non seulement l'S iliaque, mais une partie plus ou moins considérable d'intestin grêle et d'épiploon.

Parties constituantes de la hernie.

Sac herniaire. Le sac existe toujours, et c'est à tort que l'on a décrit des hernies de l'S iliaque dépourvues de sac ; mais il présente des caractères bien spéciaux.

La partie antérieure, ordinairement assez mince, se décolle facilement. La partie postérieure, au contraire, est le plus souvent adhérente aux tuniques scrotales. En descendant, le péritoine qui constituera cette partie postèrieure du sac, a entraîné avec lui le tissu cellulaire sous péritonéal contenant les vaisseaux nourriciers de l'S iliaque ; c'est grâce à ce tissu cellulaire que les adhérences s'établissent rapidement en arrière. Nous aurons tout-à-l'heure l'occasion de revenir sur ce fait.

Le collet du sac est d'habitude assez large, et admet facilement deux ou trois doigts.

Contenu de la hernie. Si l'on ouvre le sac à sa partie antérieure et près du collet, l'on aperçoit alors le contenu. En même temps que l'S iliaque, on peut trouver dans la hernie, de l'épiploon et de l'intestin grêle ; dans ces cas le

volume de la hernie est considérable. Toujours l'intestin grêle et l'épiploon sont *situés en avant* de l'S iliaque. Le côlon iliaque se reconnaît facilement à ses bandelettes et à ses franges graisseuses. Il descend plus ou moins bas, sous forme d'anse, et l'on voit courir sous le feuillet postérieur du sac, les vaisseaux qui lui sont destinés. L'intestin est toujours fixé en arrière.

Quelquefois, il existe un véritable méso réunissant la concavité de l'anse, au feuillet postérieur du sac. Dans ce cas, l'intestin est *véritablement intrasacculaire*, et en partie mobile à l'intérieur du sac ; c'est là, une condition tout à fait exceptionnelle. (Voir figures 3 et 4).

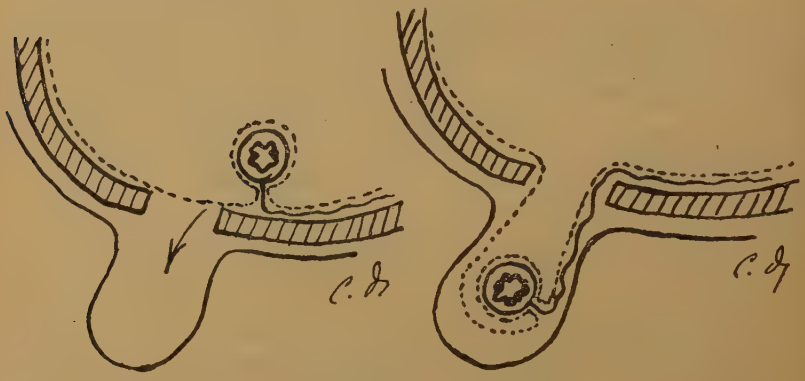

Fig. 3. — Côlon iliaque possédant un méso.
Fig. 4. — Hernie par glissement. L'intestin entièrement intrasacculaire, se trouve rattaché à la paroi postérieure du sac par un méso.

Le plus souvent, l'intestin se contente de faire une saillie, plus ou moins considérable à l'intérieur du sac, et reste situé en partie *en dehors du sac*. Il est donc dépourvu de péritoine sur une partie plus ou moins grande de sa circonférence (fig. 2). Dans certains cas même, l'S iliaque est presque complètement privée de revêtement péritonéal, et

paraît presque entièrement *extrasacculaire*. Si l'on incise à son niveau, on tombe directement sur la tunique musculaire. Ce fait a été très bien vu par Scarpa (1). Voici ce qu'il dit : « Si l'on se rappelle que ces intestins (le cœcum et le côlon), sont en partie situés hors du péritoine, on reconnaîtra facilement que, dans la hernie, ils doivent de même n'être renfermés qu'en partie dans le sac herniaire, et qu'une portion de leur face externe, doit toucher à nu le tissu cellulaire environnant. Un chirurgien peu instruit qui, dans pareil cas, dirigerait son incision un peu trop vers le côté externe de la tumeur, trouverait, immédiatement au-dessous du muscle crémaster, le cœcum et le côlon ; ce qui lui ferait croire que ces intestins sont dépourvus de sac herniaire ; mais il reviendrait facilement de son erreur, s'il incisait la hernie sur la ligne médiane.... »

Cette disposition extrasacculaire de l'S iliaque est nettement mentionnée dans un certain nombre de cas, elle est merveilleusement décrite par Malgaigne dans l'observation XIII de son mémoire sur les étranglements herniaires : « .... Le sac n'existait qu'en avant ; l'*intestin était véritablement en dehors de lui*, et l'avait entraîné comme le testicule entraîne la tunique vaginale.... L'S iliaque en dehors du sac, était en contact avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque qu'elle avait entrainé dans le scrotum ».

Le sac est donc toujours situé en avant et au-dessus de l'intestin (figure 2) ; c'est donc en avant et près du collet qu'il faudra inciser, si l'on ne veut pas courir le risque de tomber sur l'intestin et de le blesser.

(1) Scarpa. *Traité des hernies*, page 174.

Pour être complet, ajoutons que dans certaines hernies anciennes de l'S iliaque, il existe à l'intérieur du sac, des adhérences entre les franges graisseuses du côlon iliaque et les parois du sac, dans l'observation de Malgaigne citée plus haut, « ces adhérences étaient fortes et solides. Il en résultait de nombreuses brides qui, allant du sac à l'intestin, circonscrivaient des ouvertures, où d'autres anses intestinales auraient bien pû s'engager et s'étrangler ».

Rapports de la hernie avec les éléments du cordon et avec le testicule.

La hernie est toujours située à la partie antéro-externe du cordon. Les éléments funiculaires sont rarement dissociés ; cependant, dans certains cas exceptionnels, cette dissociation existe ; l'observation III due à M. le Dr Savariaud en est un exemple.

Le fond de la hernie est d'habitude séparé du testicule, par un espace de plusieurs centimètres. Ce n'est que dans les très vieilles et volumineuses hernies de l'S iliaque, que l'on peut voir des adhérences s'établir entre la hernie et le testicule.

En revanche, les adhérences entre la partie postérieure du sac et les éléments du cordon, se développent avec la plus grande facilité. Nous avons vu plus haut que c'est à la face profonde du sac, que rampent les vaisseaux nourriciers et les nerfs se rendant à l'intestin. Ces vaisseaux, primitivement plongés dans une couche de tissu cellulaire lâche, mobile, ne tardent pas à adhérer d'une façon intime aux éléments du cordon. Leur séparation est facile dans

les hernies jeunes (l'observation III, dûe à M. le Dr Morestin, en est un bel exemple). Cette dissection est au contraire extrêmement délicate dans les vieilles hernies et tous les auteurs insistent sur ce point. Assez fréquemment, il est arrivé au chirurgien de blesser les vaisseaux nourriciers au cours de la libération du sac. Cet accident, on le conçoit, peut entraîner la mortification de l'anse intestinale. C'est à cause de ces difficultés que Julliard a proposé la résection de l'anse herniée, et que M. Savariaud conseille, dans certains cas, de disséquer d'abord en masse sac et cordon, puis de sacrifier le testicule en sectionnant le cordon si la séparation du sac et de la tige funiculaire présente trop de difficultés.

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur l'anatomie pathologique des hernies de l'S iliaque par glissement, et nous laissons absolument de côté les lésions que l'étranglement peut déterminer dans ces hernies. Ce que nous avons dit, est suffisant pour nous permettre d'aborder l'étude de leur traitement chirurgical.

Traitement chirurgical.

A. — Hernies non étranglées.

La première question qui se pose est celle-ci. Doit-on opérer les hernies par glissement de l'S iliaque?

Il suffit de lire les observations publiées, pour se rendre compte immédiatement que cette variété de hernies est une de celles qui s'accompagnent des troubles fonctionnels les plus sérieux, il en résulte que les sujets, qui en sont porteurs, ne tardent pas à devenir des impotents (1). Ces hernies devenant rapidement adhérentes et irréductibles, ne peuvent plus être contenues par les bandages, et l'opération, comme le fait remarquer le professeur Berger « devient en quelque sorte une opération de nécessité. »

(1) Dans les observations de Julliard (obs. XIV et obs. XV). Les malades ne pouvaient ni marcher, ni se tenir debout.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la question du traitement des hernies par glissement du gros intestin, et de l'S iliaque en particulier, insistent sur les difficulté vraiment considérables qu'il présente. Comme le fait remarquer à juste titre G. Mouton dans sa thèse : « la lecture « des différents travaux parus sur ce sujet, laisse de « suite dans l'esprit cette impression qu'au point de vue « thérapeutique, les ressources chirurgicales sont plutôt « restreintes et que souvent la malade ne retire, qu'un « bénéfice relatif d'une intervention pénible, d'une opé- « ration laborieuse, dans bien des cas cas insuffisante et « simplement palliative. » Il est juste d'affirmer que l'in- « tervention chirurgicale a fait un très grand progrès dans ces dernières années grâce aux travaux de Morestin et de Savariaud, à l'obligeance desquels nous devons des observations inédites (obs. II et III).

Si nous laissons de côté certaines contre indications, tenant au grand âge du sujet, au volume énorme de la hernie, l'on peut dire que, d'une façon générale, toute hernie de l'S iliaque par glissement doit être traitée par *la cure radicale*.

La cure radicale de ces hernies ne doit pas consister seulement dans *la réduction* de l'anse herniée ; elle doit aussi *empêcher la récidive*.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Nous ne parlerons pas des préparatifs de l'opération, ils ne présentent absolument rien de spécial. On purgera le

malade la veille du jour ou l'opération doit être pratiquée, et on lui fera prendre un grand bain. La région ou portera l'intervention aura été rasée et désinfectée avec soin, puis recouverte d'un pansement stérilisé.

Une question intéressante est celle de l'anesthésie. Il n'y a aucune hésitation à avoir. On ne devra jamais entreprendre cette intervention à l'aide de l'anesthésie localisée par la cocaïne. Il s'agit, en effet, d'une opération mal réglée d'avance, souvent très laborieuse pour laquelle le chloroforme est absolument nécessaire.

Tracé de l'incision. — L'incision cutanée sera longue, suivant le grand axe de la hernie, empiétant largement sur la région abdominale. Lorsque la peau aura été sectionnée, l'on ira prudemment, à petits coups, et l'on s'arrêtera dès que les fibres du crémaster auront été dilacérées. Nous avons montré, en étudiant l'anatomie pathologique, que dans les hernies de l'S iliaque par glissement, l'intestin est le plus souvent placé en arrière, contre la paroi postérieure du sac, décrivant une anse dont la convexité répond à la partie la *plus basse* de la hernie. L'incision du sac devra donc être faite toujours *en avant*, et assez *près du collet*, de façon à ne pas risquer de blesser l'intestin. Il sera bon de ne pas la pratiquer directement en avant, mais un peu *en dedans*, car dans certaines circonstances, il arrive que l'une des branches de l'anse herniée, répond à la paroi antéro-externe du sac.

Prudemment, à la partie antéro-interne et supérieure de la hernie, l'on pincera la séreuse, et c'est à la base de ce pli que l'on incisera le sac.

L'ouverture sera ensuite agrandie avec les ciseaux.

Lorsque le sac sera ouvert, il sera facile de voir le contenu de la hernie. L'S iliaque se reconnaîtra facilement à ses bandelettes et à ses franges graisseuses. S'il y a en même temps de l'intestin grêle, on le réduira. Si la hernie contient de l'épiploon on pratiquera la résection de cet épiploon. Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de mettre le malade en position inversée ; cette manœuvre facilitera considérablement le reste de l'opération.

Libération du sac, de l'intestin, et des vaisseaux nourriciers. — Nous avons vu que l'intestin est le plus souvent extra-sacculaire, et de sorte qu'il semblefaire partie du sac lui-même. D'autre part, les vaisseaux nourriciers de l'S ilia que descendent intimement accolés contre le feuillet postérieur du sac. Il en résulte, que le chirurgien devra, avec le plus grand soin, éviter de blesser ces vaisseaux. Pour cela, il devra libérer en masse, le sac, l'intestin et ses vaisseaux des parties avoisinantes. Cette libération sera d'habitude assez facile, en bas et sur les côtés ; il n'en est pas toujours de même en arrière. A ce niveau, en effet, le feuillet postérieur du sac et les vaisseaux nourriciers répondent aux éléments du cordon. Quelquefois, il existe une couche de tissu cellulaire lâche qui permet un décollement facile. Ce fait s'est rencontré dans plusieurs des cas publiés, particulièrement dans notre observation II, due à M. le Dr Morestin, et dans notre observation III, due a M. le Dr Savariaud. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, les vaisseaux nourriciers et l'intestin contractent fréquemment des adhérences intimes, solides avec le cordon, et il est très difficile de les séparer. Il faudra, avec le plus grand soin, *rechercher le plan de clivage* qui existe d'ordinaire.

Une main soulèvera le fond de la hernie, tandis que les doigts de l'autre main, coiffés d'une compresse de gaze stérilisée, iront peu à peu, patiemment, décoller le sac, l'intestin et les vaisseaux. Il ne faut pas dans cette libération raser de trop près les vaisseaux intestinaux; mieux vaut, s'il est nécessaire, sacrifier quelques veines funiculaires.

D'après M. Savariaud « lorsque le plan de clivage a dis-« paru du fait de l'inflammation péri-herniaire, on ne cher-« chera pas à le créer, au risque de léser l'intestin ou ses « vaisseaux, et on sacrifiera sans regret le testicule ». Nous pensons que cette pratique doit rester absolument exceptionnelle, et que le sacrifice du testicule n'est pas une chose indifférente au malade.

Mais, il est un point sur lequel nous tenons à insister, c'est que cette libération en masse du sac, de l'intestin et des vaisseaux nourriciers, devra être poussée très haut ; le doigt, dans son travail de décollement, ne craindra pas de dépasser le collet et d'arriver jusque dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. C'est là une manœuvre recommandée par M. le Pr Terrier, et c'est afin de pouvoir l'accomplir aisément que M. Terrier conseille de pratiquer une véritable hernio-laparotomie.

Réduction de l'intestin. — Comme le dit fort justement M. Savariaud, il ne faut pas songer à réséquer le sac; cette résection est impossible, puisque ses parois sont constituées par le péritoine pariétal de la fosse iliaque, situé en avant et en arrière de l'S iliaque, lorsque celui-ci est en place dans sa position normale. — Nous venons d'ailleurs de montrer qu'il n'est pas permis de séparer l'intestin du sac, puisque c'est dans l'épaisseur du feuillet postérieur

que rampent les vaisseaux nourriciers. — Il faudra donc, après avoir suturé les lèvres de l'incision faite au feuillet antérieur du sac, réduire en masse dans la fosse iliaque, le sac, l'intestin et ses vaisseaux.

Il sera ordinairement très facile de repousser avec les doigts l'intestin vers la cavité abdominale, et on verra alors l'intestin entraînant ses vaisseaux, s'invaginer dans l'intérieur du sac, qui semble ainsi se retourner. D'après M. Savariaud ce retournement serait capital, parce que, grâce à lui se formerait, ou se reconstituerait un mésocolon iliaque, Nous aurons à revenir tout à l'heure sur ce point.

Conduite à tenir dans les cas où la réduction est impossible. Procédé de Julliard. — Mais, il est un certain nombre de cas où malgré tous les efforts du chirurgien, la libération du sac, de l'intestin et de ses vaisseaux est absolument impossible. Au cours de ces pénibles manœuvres, il peut arriver que les vaisseaux nourriciers soient déchirés, leur ligature doit fatalement entraîner le sphacèle de l'anse. Pour ces cas graves seulement, nous admettons la résection de l'intestin, préconisée par Julliard, au Congrès de chirurgie de 1895. Cette résection sera suivie d'une entérorraphie circulaire comme l'a pratiquée Julliard. Ce chirurgien fit ensuite l'ablation de l'anse herniée et du testicule. Lambret, de Lille, en 1899, a suivi la technique de M. Julliard (voir observat. XVII). Bien que ses deux opérés et celui de Lambret aient guéri d'une façon parfaite, nous estimons que le procédé de Julliard constitue une intervention des plus graves, et qu'elle doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle.

PROCÉDÉS AYANT POUR BUT D'EMPÊCHER LA RÉCIDIVE.

1° *Réfection soignée de la paroi.* — La plupart des chirurgiens, qui ont pratiqué des interventions pour hernies par glissement de l'S iliaque, se contentent, une fois l'intestin et le sac rentrés dans la cavité abdominale, de refaire une paroi solide. Nous ne voulons pas ici décrire les diverses techniques permettant cette réfection. Le procédé de Bassini nous semble être le procédé de choix.

Il est bien certain, que la reconstitution de la paroi, et la fermeture du trajet inguinal, est une partie indispensable de l'acte opératoire, mais nous croyons qu'à elle seule, elle est la plupart du temps insuffisante pour empêcher la récidive.

2° *Fixation du sac.* — α *Procédé de Barker.* — Nous ne le décrirons pas, il est connu de tous, et fréquemment employé dans la cure radicale des hernies ordinaires ; il consiste à fixer le moignon du sac par un double fil à la partie profonde de la paroi abdominale antérieure, le plus haut possible au-dessus de l'anneau inguinal profond.

6 *Procédé de Kocher.* — Voici la description qu'en donne M. Folet (thèse de Mouton). Le sac etant bien isolé, étiré, disséqué, transfixé et lié, l'opérateur introduit son index gauche dans le canal inguinal, la face palmaire du doigt regardant en avant, et le pousse en haut, à 4 ou 5

centimètres de profondeur. Fléchissant alors légèrement doigt en crochet, on fait saillir sur lui la paroi abdominale, on pratique une petite incision de toute l'épaisseur de cette paroi sur le bout de l'index, dont la pulpe apparaît par l'étroite fenêtre. Sur ce doigt guide, mis à nu une pince longuette légèrement courte est menée de haut en bas, dans l'incision pariétale et ressort par l'orifice inguinal. On engage solidement le sac entre les mors, et l'on retire la pince qui ramène à frottement, après elle, le sac tout entier à travers la boutonnière, de manière à ce que la ligature du collet vienne se placer dans cette boutonnière, et la dépasse même en dehors ». D'après M. Folet, ce procédé qui reporte haut et fixe contre la face profonde de la paroi abdominale le fond de l'infundibulum séreux, réaliserait mieux que le Barker, la suppression de l'amorce herniaire.

Ces deux procédés peuvent rendre de très grands services dans la cure radicale des hernies inguinales ordinaires, avec sac complet, mais il suffit de réfléchir un seul instant *pour comprendre qu'ils sont impraticables lorsqu'il s'agit des hernies par glissement de l'S iliaque*, puisqu'ici, il n'est pas permis d'isoler le sac de l'intestin. Tout au plus dans ces cas, pouvait-on fixer le feuillet antérieur du sac à la paroi, mais ce serait là un moyen de fixation très insuffisant, et par conséquent inutile. Le chirurgien peut faire mieux.

Procédé de M. Savariaud (retournement du sac). — Ce procédé a été décrit par M. Savariaud en 1900 dans une communication à la Société anatomique. Une description plus complète a été présentée par MM. Savariaud et Pascal,

au Congrès de chirurgie de 1901. Il est basé sur cette proposition « que le sac herniaire n'est autre chose qu'un « méso retourné; dès lors, pour rétablir le méso, il suffira « de retourner le sac ». L'opération d'après M. Savariaud comprendra deux temps.

1° La dissection préalable du sac, de l'intestin et des vaisseaux, d'avec les organes voisins.

2° Le retournement du sac.

Nous ne reviendrons pas sur le premier temps de l'opération que nous avons décrit tout à l'heure assez longuement, et nous allons examiner seulement la technique du retournement du sac. Nous citons textuellement la description de M. Savariaud : « Pour retourner le sac, certaines conditions doivent être remplies. Il faudra d'abord que la dissection du sac, de l'intestin et de ses vaisseaux soit poussée très loin, jusque dans la fosse iliaque.

Pour cela, il est nécessaire de débrider très largement la région inguinale, peut-être jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Ce débridement aura deux avantages : d'abord il permettra de pousser la dissection très haut, ensuite, il permettra au collet de la hernie déjà très large de se laisser dilater encore plus, de façon à prendre la forme d'un entonnoir à base supérieure, ce qui est indispensable pour permettre le retournement du sac et de l'intestin. On termine en refermant le sac par quelques points séparés, sans rien réséquer de ce sac. Le moment est venu de faire le retournement si le collet est bien dilaté, si le malade est sous la résolution musculaire complète (il faut éviter qu'il ne pousse), à plus forte raison si le malade est en position déclive tête en bas. Il me semble

que la moindre pression sur le fond du sac doit permettre sa réduction par le mécanisme du retournement. Une fois celui-ci amorcé, on saisira l'intestin avec une pince et on le portera au bout de cette pince, le plus loin possible dans la cavité abdominale.

Que devient l'intestin ainsi réduit ? Ne va-t-il pas présenter une coudure, une torsion quelconque ?

On peut être rassuré à cet égard, et l'effet du retournement est tout simplement merveilleux en ce sens qu'il rétablit la disposition première de l'S. iliaque. Ouvrons le ventre pour nous rendre compte et nous trouverons tout en état : l'S iliaque flotte au bout de son méso, comme s'il n'avait jamais été au fond des bourses, énucléé de son enveloppe séreuse. Sur le feuillet antérieur du méso, on reconnaît les points de suture qui ont servi à recoudre le sac. Reste à oblitérer la région inguinale et à reconstituer la paroi par un procédé quelconque. »

M. Savariaud, a eu l'occasion d'appliquer son procédé sur le vivant, avec plein succès. Il a bien voulu nous permettre de publier cette observation encore inédite (obs. III). L'opération date du mois de janvier 1903 ; nous venons d'examiner le malade ces jours derniers, et nous avons constaté que le résultat était parfait, que la paroi était solide, et qu'il n'y avait nulle récidive. Nous pensons cependant que la technique de M. Savariaud est avant tout un excellent procédé de réduction, et que c'est surtout la réfection de la paroi qui constitue dans ce procédé, le moyen le plus efficace pour empêcher la récidive.

Procédé de M. Morestin. — Mésoplastie, mésocolopexie. — M. Morestin, au Congrès international de médecine (Paris

2-9 août 1900), a décrit un nouveau procédé de traitement des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque. Sa communication renferme l'observation d'un malade (obs. I) qu'il a opéré suivant sa technique.

Dans son travail, M. Morestin étudie d'une façon très complète, le mécanisme et l'anatomie pathologique des hernies par glissement de l'S iliaque. Il montre que lorsque l'intestin est réduit dans le ventre, et placé dans sa situation normale, il est absolument nécessaire de *refaire un méso-colon et de le fixer dans sa position naturelle*. Il pratique donc une *mésoplastie* et une *mésocolopexie*. Voici comment M. Morestin décrit son procédé : « L'intervention comprend plusieurs temps distincts :

1° Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice dans le sens des fibres du grand oblique. Ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal. On s'épargne ainsi tout tâtonnement dans la recherche du sac, et tout ennui du côté de l'intestin.

2° Libération de celui-ci par voie de décollement.

3° Incision soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque.

4° Réfection du mésocolon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine, soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux ; fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque.

5° Suture de la plaie abdominale.

6° Réfection aussi soignée que possible de la paroi au niveau du trajet inguinal.

Nous estimons, que le procédé de M. Morestin, constitue le procédé de choix, et qu'il complète d'une façon parfaite le procédé de M. Savariaud. Nous faisons remarquer que M. Morestin ne se contente pas de refaire un mésocolon, et de le fixer au niveau de son insertion, il a bien soin, de plus, de reconstituer solidement la paroi abdominale au niveau du trajet inguinal. De cette façon, les résultats de l'intervention sont durables, et la récidive est impossible.

Certains, objecteront peut être, que le procédé de M. Morestin, constitue un acte opératoire grave, capable d'entraîner la mort du malade. Nous ne voyons pas en quoi cette mésocolopexie expose la vie du malade, plus qu'une laparatomie ordinaire, si elle est pratiquée avec les précautions rigoureuses d'asepsie que nécessite la chirurgie abdominale.

M. Morestin a eu tout récemment l'occasion de pratiquer son opération, une deuxième fois, il a bien voulu nous permettre de publier dans notre thèse cette observation encore inédite (obs. II). Chez son second malade, comme chez le premier, les suites opératoires ont été parfaites, la réunion de la plaie s'est effectuée d'une façon irréprochable, et la guérison a été complète.

Il nous semble permis d'affirmer, que seule l'opération de M. Morestin permet d'éviter la récidive. Elle répond aux désiderata de la cure radicale des hernies par glissement de l'S iliaque.

B. — Hernies etranglées.

Nous ne voulons pas décrire d'une façon complète le traitement des hernies par le glissement de l'S iliaque *étranglées*. L'étranglement de ces hernies nécessitera une opération d'urgence, dans laquelle le plus habituellement le chirurgien se préoccupera fort peu d'obtenir une cure radicale parfaite. Très souvent, d'ailleurs, il s'agira de sujets âgés dont l'état général est précaire, et chez lesquels on devra songer avant tout, à réduire l'acte opératoire au minimum. Chez ces malades, après avoir sectionné l'agent d'étranglement, *on ne cherchera pas à obtenir la réduction de l'anse herniée*, on la laissera hors de la cavité abdominale, et on se contentera d'appliquer par dessus le sac reconstitué, le tissu cellulaire et la peau de la région. Le résultat ne sera pas brillant, mais le malade sera guéri de son étranglement. Plus tard, lorsque la cicatrisation sera obtenue, on pourra, dans une seconde opération, essayer de pratiquer la cure radicale.

Lorsque l'étranglement a produit la *gangrène de l'intestin*, on devra pratiquer un *anus artificiel*, au niveau, ou mieux au dessus de la portion sphacélée. Cette conduite a été suivie dans un cas par M. le Pr Berger (obs. VII).

Cependant, lorsque l'étranglement sera de date récente, et l'état général du sujet excellent, si l'anse herniée ne présente aucune lésion de sphacèle, on pourra pratiquer la réduction de l'intestin et du sac, et refaire une solide paroi. Hartmann, obs. X. Savariaud, obs. III.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Morestin. *Congrès international de médecine*).
2-9 août 1900. — *Section de chirurgie.*

Hernie inguinale par glissement de l'S iliaque. — Cure radicale. — Mésoplastie. — Mésocolopexie.

Homme de 52 ans, ayant une grosse hernie inguinale gauche, réductible, bien que la réduction ne pût-être obtenue qu'au prix de manipulations assez prolongées. Cet homme avait été opéré déjà l'année précédente ; remis très vite de cette opération, il avait vu, au bout de quelques mois, la cicatrice se distendre, la hernie reparaître. Un bandage n'avait pas empêché celle-ci d'augmenter et finalement il avait dû renoncer à le porter, la masse était grosse comme les deux poings, complètement sonore, rénitente à la palpation et, comme je l'ai dit, réductible. L'anneau était fort large, on pouvait y introduire trois ou quatre doigts. Le malade réclamait avec une grande insistance une nouvelle opération.

Sa situation était en effet très pénible et je consentis à tenter la cure de cette hernie, qui lui interdisait tout travail. Je fis cette opération au commencement de mars 1900, après plusieurs jours de traitement péliminaire, repos au lit, diète et purgatifs.

J'incisai sur l'ancienne cicatrice ; au milieu de tissus modifiés par l'acte opératoire antérieur ; les premiers temps de cette herniotomie durent être conduits avec prudence et furent assez laborieux. J'ouvris à la partie antérieure un sac fort exigu et vide. La masse de la hernie était formée exclusivement par le côlon qui s'était mis en dehors du péritoine. Il n'y avait pour ainsi dire rien à réséquer en fait de sac. Je fermai la plaie du péritoine par plusieurs points séparés, au lieu d'en rapprocher les bords par une seule ligature. Chacun des fils fut porté très très haut dans l'épaisseur de la paroi abdominale, pour essayer de rencontrer, bien au dessus du trajet inguinal, cette partie du péritoine à laquelle tenait l'intestin hernié. C'était dans ma pensée une sorte de colopexie.

Le côlon s'était laissé très bien isoler et réduire. Je rapprochai de mon mieux les bords de la brèche pariétale. Il n'y avait plus à proprement parler de plans bien distincts, je fis cependant des sutures profondes, puis superficielles dont le résultat immédiat me parut satisfaisant. Enfin les téguments furent réunis.

Les suites furent très simples, et dix jours après, les fils furent coupés ; il ne restait qu'une cicatrice linéaire. Déjà j'avais obtenu avec cette sorte de colopexie deux beaux succès sur des malades opérés à Necker en 1898. Mais il s'agissait de petits cas, légères ptoses chez des hommes relativement jeunes. Ici, je n'osais point espérer un pareil résultat, car la hernie était presque totalement en dehors du péritoine, ce dernier devenant un moyen de fixité très médiocre. Cependant je ne pouvais croire que la récidive serait si précoce. Elle fut presque immédiate. Un mois après sa sortie de St Louis, le 25 avril, cet homme est revenu, il n'avait porté ni ceinture ni bandage, et la hernie avait reparu ; chaque jour amenait dans son volume un notable progrès, et elle était déjà presque aussi grosse que le poing. Tout était à recommencer ; le pauvre homme se résignait par avance à tout ce qu'on pourrait lui proposer, j'avais déjà songé à m'adresser aux moyens de suspension de l'S iliaque dans les cas de ce genre, et je pris le parti de remédier à cette ptose en restaurant les attaches naturelles de cet intestin.

Le 1er mai, le malade ayant été de nouveau préparé par les bains, la diète lactée, les purgatifs, le repos au lit, j'opérai de la

manière suivante. Une incision fut menée au-dessus de la crête iliaque, parallèlement à la direction des fibres du grand oblique, à un travers de doigt de cette crête, rappelant en somme celle que l'on pratique pour établir un anus iliaque, s'étendant toutefois un peu plus haut en arrière, et dans son ensemble étant placée un peu plus en dehors. Sa longueur était à peu près de 10 centimètres. Le péritoine ouvert, je me mis à la recherche du côlon descendant et le suivis jusqu'à l'orifice herniaire. En prenant d'une part sur la hernie, en exerçant d'autre part de douces fractions sur l'intestin, celui-ci put être ramené dans le ventre et attiré dans la plaie abdominale. A mesure que l'intestin était ainsi ramené en haut, on voyait le péritoine l'entourer de nouveau, lui former un vêtement complet, le méso se reconstituer. Le côlon iliaque, l'anse oméga reprenaient leur aspect habituel et à les voir ainsi par l'intérieur du ventre, on n'aurait pas cru qu'il pût s'agir du même intestin que nous avions vu autrefois par la baie inguinale avec son enveloppe séreuse tournée à l'envers. Celle-ci avait acquis une grande mobilité. Il suffisait de repousser l'intestin vers l'orifice inguinal pour constater qu'elle s'en détachait pour s'étaler contre les lèvres du trajet pariétal. Ayant attiré l'intestin en haut et à l'extérieur au maximum, je me mis en devoir de fixer le mésocôlon reconstitué, en suturant les deux lames l'une à l'autre. Les points à la soie fine étaient appliqués naturellement dans les intervalles des vaisseaux, et semés çà et là. Je n'en ai mis qu'une douzaine, mais je pense qu'il faudrait en mettre beaucoup plus. Malgré leur petit nombre, ils suffisaient néanmoins à empêcher les deux lames séreuses de se disjoindre. A la base du pli, à l'endroit où il se continuait avec le péritoine iliaque, quatre points furent passés à l'aide d'une aiguille courbe, non seulement à travers le méso réformé, mais, en outre, dans l'épaisseur de l'aponévrose iliaque, le plus haut, le plus en arrière possible. Il restait au niveau de la région inguinale une sorte d'infundibulum séreux, un sac cupuliforme. J'essayai de le glisser par l'intérieur de l'abdomen. Mais, j'étais mal à l'aise, et je dus renoncer à exécuter cette manœuvre. Je prolongeai donc extérieurement l'incision sur l'anneau inguinal, en n'intéressant toutefois que les téguments. L'orifice inguinal mis à nu, le

péritoine fut rapidement plissé et capitonné par des sutures, et les bords de l'anneau inguinal rapprochés encore une fois, puis la plaie réunie par un triple surjet. Finalement, la peau fut suturée au crin de Florence.

Au dixième jour, les fils furent coupés, et la réunion ne laissait rien à désirer. L'opéré a quitté Saint-Louis à la fin du mois de mai.

Observation II (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Morestin, chirurgien des hôpitaux (1).

Hernie inguinale par glissement de l'S iliaque. — Cure radicale. — Mésoplastie. — Mésocolopexie.

Le malade, cimentier, âgé de 48 ans, est entré le 24 novembre 1902 dans le service de M. Richelot, à l'hôpital Saint-Louis, isolément n° 7. Il était porteur d'une hernie inguinale gauche, grosse comme les deux poings. Cette hernie était à la vérité réductible, mais après d'assez longs efforts, et le sujet avait renoncé spontanément au port d'un bandage qui le gênait beaucoup et ne contenait pas la hernie. Il n'y avait jamais eu d'étranglement. Cependant, cet homme, occupé à des travaux de force, voyait sans cesse grossir la tumeur, et en était chaque jour plus incommodé. Cette hernie était mate à la percussion et subissait au moment de la toux une expansion très visible ; mais au palper, on sentait dans l'épaisseur de la tumeur herniaire une masse pâteuse avec lobulations irrégulières. En tenant en main cette masse pendant qu'on commandait au malade

(1) Cette obseavation a été présentée par M. Morestin à la Société de Chirurgie le 24 décembre 1902. Elle doit être prochainement l'objet d'un rapport du Dr Lejars qui a bien voulu nous nous la communiquer.

de tousser, on percevait le mouvement d'expansion d'une façon si nette qu'il semblait bien que ce fût le même organe qui donnait cette sensation pâteuse quand il était vide de gaz, et se distendit par le retour brusque de ceux-ci au moment de la toux. Ces caractères étaient bien en faveur d'une hernie du gros intestin, et notamment d'une hernie par glissemeut.

C'est là ce diagnostic qu'il faut toujours accompagner de quelques réserves, mais la chose parut probable, et je me préparai à conduire l'opération selon la technique indiquée dans le cas ou ce diagnostic serait vérifié par l'ouverture du sac.

Le 21 novembre eût lieu l'intervention. Je fis une courte incision de 7 centimètres au niveau de l'orifice inguinal externe et selon le grand axe de la tumeur herniaire et recherchai le sac au niveau même de l'anneau inguinal. Une fois ouvert ce sac exigu, je n'eûs aucune peine à reconnaître que c'était le gros intestin qui était hernié, et que cet intestin était en majeure partie en dehors du sac. C'était bien la hernie par glissement typique. Cette circonstance étant prévue, le malade avait été placé dès le début, le siège surélevé sous un très épais coussin de sable, ce qui donnait au bassin et à l'abdomen l'attitude qu'impose le plan incliné ordinairement usité, mais toutefois avec cette différence à l'avantage de notre dispositif très simple que la paroi abdominale était relâchée au lieu d'être tendue. Je fis alors une nouvelle incision de 9 centimètres sur le muscle droit du côté gauche à un bon travers de doigt de son bord externe, ouvris la gaine du muscle et disséquai son bord externe. Je réclinai en dedans pour sectionner le feuillet postérieur de sa gaine et le péritoine. Cette incision s'arrêtait en bas à trois larges travers de doigts de l'anneau inguinal, et en haut n'atteignait pas la hauteur de l'ombilic. Il s'agissait d'un homme de grande taille, à paroi abdominale flasque et d'épaisseur modérée, le sujet étant maigre. Je fis écarter la lèvre externe de cette plaie abdominale en dehors et en bas, découvrant ainsi la fosse iliaque et aperçevant dans le fond l'ouverture du sac herniaire et le colon s'enfonçant dans l'anneau. Je pus aisément saisir l'intestin, l'attirer dans le ventre d'abord, puis l'amener dans l'aire de la plaie, enfin l'extérioriser. Chemin faisant, il avait repris son vêtement péritonéal ; le méso s'était reconsti-

tué ; le sac herniaire avait presque disparu, ainsi que la tumeur inguinale. Je plaçai un grand nombre de sutures au catgut pour fixer l'une à l'autre les deux lames du méso. Elles étaient toutes deux fort chargées de graisse et le méso en conséquence très épais et adipeux, chose assez singulière chez un sujet qui était maigre. Le colon était en outre garni d'appendices épiploïques très longs et très chargés de graisse. Quoiqu'il en soit, je pus mener à bien ce temps de l'opération. Avec une aiguille d'Emmet, je pus accrocher très haut dans la fosse iliaque de forts catguts, qui, d'autre part, traversaient la base du méso reconstitué de manière à en remonter l'insertion le plus haut possible, et à lui donner une certaine fixité. Ceci fait, la plaie abdominale fut fermée par quatre plans de suture. Finalement, je reconstituai la paroi au niveau du trajet inguinal, en revenant à la plaie faite au début de l'intervention. Un vestige de sac qui restait après réfection du mésocolon avait pu être saisi par l'abdomen avec une pince de Kocher, retourné et lié à la base.

Les suites de cette intervention ont été d'une simplicité extrême ; les fils ont été enlevés, partie le 8e et partie le 10e jour. La réunion a été obtenue d'une façon complète et irréprochable. Il n'y a jamais eu ni fièvre ni phénomène péritonéal, rien en un mot. La guérison opératoire la plus parfaite a été obtenue dans le plus court délai. Le malade nous a quittés le 19 décembre.

Observation III (Inédite).

Due à l'obligeance du Dr Savariaud, chirurgien des hôpitaux.

Hernie de l'S iliaque par glissement.

L..., 55 ans, (Laribosière, salle Chassaignac, 4 janvier 1903), porteur d'une hernie inguinale gauche depuis 4 ans. A porté un bandage pendant deux ans, mais le bandage s'étant cassé, il n'en portait plus depuis quelque temps. A été opéré il y a deux ans dans le service pour une hernie inguinale droite qui

est restée guérie. Sujet fort, très musclé, un peu gras. La hernie ne rentre pas depuis deux jours, *et depuis, ni selle, ni gaz.* Hernie du volume du poing, à pédicule volumineux. Porte à la partie antérieure une tumeur ovoïde du volume d'un œuf à consistance lipomateuse demi-réductible, qui paraît être un sac diverticulaire. L'ensemble de la tumeur est mollasse, demi-réductible, sonore. Pédicule peu douloureux, d'une hernie irréductible plutôt que hernie étranglée.

Opération par l'interne de garde aidé de M. Savariaud. A l'ouverture du sac, on constate une longue anse de l'S iliaque, plus de l'épiploon adhérent au sac. L'S iliaque adhère lui aussi par son méso.

Au lieu de séparer l'épiploon et l'intestin du sac, je sépare ce dernier du testicule, du cordon et des piliers du canal inguinal, ce qui est facile en raison d'une couche de tissu cellulaire lâche tout autour du sac ; ceci fait, je réduis intestin, épiploon et sac sans m'occuper de recoudre ce dernier. La réduction, pas trop difficile, est maintenue par un tampon qui refoule les viscéres herniés pendant qu'on passe les fils destinés à refaire la paroi.

Réfection de la paroi en un seul plan, par six points de suture doubles, puis quelques points pour affronter l'aponévrose du grand oblique.

Le cordon dissocié par la tumeur est peu volumineux, le déférent sort par l'orifice inférieur, les vaisseaux par le supérieur. La paroi semble très solide. Elle est d'ailleurs de bonne qualité.

1er novembre 1903. Notre ancien malade a été revu. Son état général est excellent.

Etat local parfait, paroi solide. La hernie n'a pas de tendance à se reproduire lorsqu'on fait tousser le malade.

Observation IV (Terrier)

(*In thèse*, Boiffin, 1887, obs. LXX Résumée)

Hernie inguinale gauche volumineuse avec adhérences. Cure radicale.

Homme de 56 ans, entré le 27 juin 1886, à Bichat, dans le service de M. Terrier ; porteur d'une hernie inguino-scrotale gauche très volumineuse, datant de 4 ans, grosse au début comme un petit œuf, actuellement de la grosseur d'une tête de fœtus.

Jamais de bandage, et il y a encore 3 mois la tumeur rentrait facilement, dès le séjour au lit. Puis elle devint douloureuse, coliques intenses ; la hernie devint irréductible ; aujourd'hui, encore sonore, mais irréductible. Malgré le taxis, une portion d'anse intestinale reste adhérente au sac, du volume d'une orange environ. De plus, on sent très nettement, une espèce de cordon épais avec une série de nodosités qui font penser aux appendices épiploïques du gros intestin.

Pendant 20 jours, on tint le malade au lit, en lui administrant un purgatif tous les deux jours ; mais la hernie conserve son volume et reste absolument irréductible.

24 juillet. — *Cure radicale*, par M. Terrier. — On arrive sur une paroi blanchâtre qui n'est autre que le sac herniaire très épaissi ; après incision, on constate que la hernie est formée par la majeure partie de l'S iliaque, caractérisée par les appendices graisseux et ses bandes longitudinales, l'anse herniée a une longueur de 15 à 20 centimètres. M. Terrier essaye alors la réduction, mais elle est impossible, du moins en totalité, il reste en effet, solidement adhérente au sac, une portion d'anse intestinale d'une longueur de 8 à 10 centimètres ; ces adhérences sont larges, résistantes, il y a une véritable soudure entre le mésocolon et le sac.

L'incision du sac ayant été prolongée en haut et en bas, M. Terrier détruit avec les ciseaux et les doigts, les adhérences qui maintiennent l'intestin irréductible. Cette disection assez laborieuse doit être poussée très haut, jusque dans l'anneau inguinal et de nombreux vaisseaux doivent être pincés ; l'intestin ainsi libéré, peut être enfin réduit.

La dissection du sac commence alors : elle est pratiquée sans grandes difficultés avec les doigts et les ciseaux, bientôt la presque totalité du sac est réséquée ; il ne reste plus que la partie supérieure dans l'anneau, mais il n'y a pas là un véritable collet du sac, il n'y a qu'un lambeau antérieur adhérent à l'orifice, aussi ne fait-on pas comme à l'ordinaire, la suture du collet du sac, mais la suture de l'anneau avec du gros catgut.

En bas et en arrière, il reste aussi un lambeau du sac adhérent aux éléments du cordon, il est laissé en place.

Guérison.

10 *octobre*. — Le malade rentre pour avoir un bandage. Examiné couché, on constate que pendant la toux, il persiste au niveau de l'anneau une légère impulsion. Lorsque le malade est debout, on trouve une pointe de hernie du volume d'une noix ; plus de douleurs à la marche, ni troubles digestifs : Etat général excellent.

Observation V (Terrier)

(*In* Boiffin, thèse de Paris, 1887, obs. LXXI, Résumée)

Hernie inguinale gauche ancienne — Adhérences — Cure radicale.

Homme de 44 ans entré le 27 mai 1884 à Bichat, dans le service de M. Terrier; il est porteur d'une hernie inguinale gauche, apparue il y a 14 ans, d'abord très petite, qu'il contenait par un bandage qu'il abandonne au bout d'un an d'usage. Pendant 10 ans, elle s'accroît lentement ; depuis 3 ans elle est scrotale et le siège de fréquentes coliques, nausées après une fatigue ; tout

travail devient bientôt impossible, la hernie ne rentre plus, et récemment deux efforts de réduction tentés, l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre à Cochin, restent infructueux. Consistance de la tumeur ferme et uniforme ; le doigt a la sensation de lobules graisseux qui font penser à l'épiploon, mate dans toute l'étendue. La tension est trop grande pour qu'un doigt puisse être introduit dans l'anneau inguinal.

Pendant deux mois, traitement suivant : bain tous les deux jours, purgation à l'eau de Sedlitz le jour intercalaire, alimentation très légère. La tumeur diminue un peu de volume, mais l'irréductibilité est toujours aussi absolue.

Opération. — *Le 31 juillet*, — Chloroforme, coque épaissie qui, incisée, donne accès dans la cavité du sac herniaire. Au-dessous, masse graisseuse qu'on prend pour de l'épiploon, mais qu'on reconnaît être le gros intestin (*appendices épiploïques et bandes*). A la partie inférieure et en dedans, testicule adhérent à la coque fibreuse du sac et à la partie supérieure des appendices épiploïques. La tumeur herniaire est nettement constituée par une anse du gros intestin longue de 20 à 25 centimètres. L'S iliaque intimement adhérente à la coque fibreuse qui n'est autre que le sac herniaire fort épaissi. Alors, soit avec le doigt, soit avec des ciseaux, on isole une notable partie de l'anse intestinale, mais on ne peut réduire la portion d'intestin ainsi libérée.

Il faut continuer l'isolement jnsqu'au fond des bourses, au point où existaient déjà des adhérences avec le testicule. Dès lors, l'anse herniée semble libérée dans toute son étendue, toutefois en avant et en haut, on remarque une véritable cloison qui n'est autre que le mésentère adhérent en partie au sac herniaire : agent de la non réduction, il est sectionné longitudinalement pour mobiliser l'anse iliaque, qui ne rentre pas encore, à cause de la fusion intime des parois de l'intestin et du collet du sac.

Il faut encore débrider en haut sur une étendue d'environ 6 centimètres, puis on dissèque avec le doigt et les ciseaux ; les deux bouts de l'anse adhérent absolument au collet du sac et sont confondus en quelque sorte avec lui. C'est alors qu'en commençant par le bout situé en arrière on peut enfin, peu à

peu et facilement, réduire toute l'anse herniée dans la cavité de l'abdomen. Le sac herniaire très épaissi au niveau du canal inguinal fut séparé des parties voisines, excisé et obturé.

Guérison.

Observation VI (Berger).

(*In* Blaise, thèse de Paris, 1894. Obs. IX, résumée).

Hernie inguinale gauche de l'S iliaque. — Cure radicale. — Guérison.

Homme de 34 ans. Le malade a déjà subi une cure radicale pour une hernie inguinale droite, le 28 mars 1888. M. Berger lui fit cette opération. Actuellement, on constate une hernie inguinale gauche, datant de un an et ne descendant pas au-delà de la naissance des bourses.

Opération. — *Le 16 février* 1893. — On trouve le tendon du grand oblique faible. Dans le sac on constate une frange épiploïque qui mène sur l'S iliaque ; celui-ci est engagé dans le canal et fait suite à la paroi postérieure du sac ; une partie du viscère se trouve dépourvue de péritoine. Dans ces conditions, il est impossible de poursuivre la dissection du sac de ce côté, et de constituer un pédicule ; on se contente de fermer le péritoine autour du gros intestin par une suture en surjet dont les deux chefs sont fixés, d'après la manœuvre de Barker, à la paroi abdominale.

La hernie étant directe. La paroi postérieure faisant défaut, on la reconstitue par cinq points de suture.

Guérison parfaite.

Observation VII (Berger).

(*In* Boiffin, thèse de Paris 1887, obs. II résumée)

Etranglement à marche lente dans une hernie de l'S iliaque du colon, retenue au fond du sac inguinal par l'insertion du mésocolon iliaque. Opération. Anus contre nature. Mort. Autopsie.

Jean François M..., journalier âgé de 78 ans, entré le 21 juillet 1884 à la salle Després, infirmerie de Bicêtre, souffrant depuis plusieurs jours d'accident et étranglement à marche lente.

Il est porteur d'une hernie inguinale gauche datant de 30 ans, et n'ayant jamais donné lieu à aucune espèce de complication.

Port pendant très longtemps d'un bandage, dont l'efficacité n'est relative que depuis un temps restreint, car la réduction, depuis ce moment ne se fait plus en totalité.

22 *Juillet*. — Il y a 8 jours, la réduction même partielle n'a pu se faire ; deux jours plus tard, la hernie devient douloureuse, l'appétit se perd, la langue se sèche, les selles se suppriment émission douteuse de gaz par l'anus. Apyrexie complète.

Aujourd'hui volumineuse tumeur scrotale gauche, du volume de deux poings environ, pédiculée au niveau de l'anneau inguinal et irréductible à un léger essai de taxis, sans changement de coloration de la peau, tumeur indolente à la pression, souple, très peu tendue, nettement sonore à la percussion. Sauf à la partie postéro-inférieure où elle est légèrement mate ; le pédicule correspond à l'anneau inguinal large et peu serré, semble-t-il, sur l'intestin.

Absence de douleur et de tension également au niveau du pédicule.

Léger météorisme du ventre, deux vomissements alimentaires dans la journée, ni selle ni gaz. Pouls assez fort, langue sèche, absence de phénomènes pulmonaires, cardiaques et cérébraux, apyrexie.

23 *Juillet*. — Etat stationnaire.

24 *Juillet*. — Même état local, mais aggravation de l'état général.

Donc phénomènes d'occlusion. M. Berger diagnostique étranglement probable du gros intestin, émet l'idée qu'on peut avoir affaire à l'S iliaque entraîné avec son méso colon dans la hernie, et fixé par lui au fond du sac constitué par le péritoine de la région iliaque gauche.

Opération. — Incision de 15 centimètres parallèle au grand axe de la tumeur, remontant un peu au dessus de l'anneau inguinal externe. On arrive sur un sac lamelleux très vasculaire, qui est ouvert avec précaution. Il ne contient de liquide que dans ses parties déclives, liquide clair et transparent. En avant, l'intestin adhère légèrement au sac, c'est l'S iliaque du colon, congestionnée, mais assez saine, sa surface est encore lisse, mais les parois sont très épaisses, œdématiées. et les appendices graisseux qu'elle porte ont un volume énorme. Quelques uns sont aussi gros qu'une noix, et ils sont le siège d'un œdème dur.

L'S iliaque qui présente dans la hernie une longueur de 20 à 25 centimètres, est rattachée par son méso à toute la paroi postérieure du sac ; en outre, ses franges graisseuses adhèrent en plus d'un point aux parois de la cavité séreuse, et une grosse bride fibreuse doublée d'une quantité énorme de graisse, longe son bord interne et vient se fixer par son extrémité au fond du sac. Cette bride est coupée entre deux ligatures.

Collet du sac assez serré ; il est débridé dans une étendue de 2 à 3 centimètres, pour faire rentrer l'S iliaque, toutes les tentatives restent infructueuses ; il ne rentre dans le ventre qu'un peu de l'intestin hernié, car on est arrêté aussitôt par l'adhésion intime qui l'unit à la cavité séreuse, par le mésocolon, qu'on ne peut diviser sans priver l'intestin de ses moyens de nutrition.

Après une lutte de prés, d'une demi-heure M. Berger se résout à ponctionner l'intestin ; la réduction n'est pas plus aisée ensuite.

En revanche, la piqûre donne issue à des matières intestinales liquides, qui viennent contaminer les parties environnantes. On crée alors un anus contre nature iliaque.

Mort le lendemain de l'opération, avec refroidissement et symptômes d'asphyxie.

Autopsie. — Pas de péritonite, adhérences de l'S iliaque au pourtour de l'orifice inguinal gauche, adhérences surtout développées en avant et d'origine ancienne.

Tout le mésocolon est contenu dans la hernie.

Observation VIII Schwartz).

(*In* Mérigot de Treigny, thèse de Paris, 1887, Obs. LIX Résumé).

Hernie de l'S iliaque. — Etranglement. — Opération, difficultés de réduction à cause d'adhérences de l'intestin au sac. — Guérison.

Homme de cinquante ans, entré à l'hôpital Beaujon le 23 février 1885. Depuis sa jeunesse le malade avait une hernie inguinale gauche descendant dans le scrotum, mais il ne se rappelle pas s'il l'a toujours eue. Le bandage ne maintient qu'imparfaitement la hernie. Elle se réduit avec une assez grande facilité.

Le 18 *février.* — Le malade ressent des coliques et des douleurs dans le bas-ventre, la hernie est sortie malgré le bandage, le malade essaie de la réduire sans y réussir. Il se couche et tout rentre dans l'ordre.

Le lendemain nouvelles tentatives de réduction, mais pas de résultat. Le cours des gaz reste normal, et le 21 il a une selle ordinaire.

Le 22. — Dans la soirée, il éprouve des malaises et il rentre à l'hôpital le 23 au matin.

A son entrée on constate que la région inguinale gauche est le siège d'une tumeur du volume d'une petite pomme ; bilobée, à moitié engagée dans le canal inguinal, à moitié saillante au dehors, elle ne présente qu'une tension très faible. La palpation est peu douloureuse et le collet de la hernie n'est pas plus sensible que le reste de la tumeur. Par la palpation, on sent des masses dures qui tranchent par leur rénitence sur la souplesse du reste du contenu, ces masses se déploient et filent sous le doigt.

En arrière, on sent les éléments du cordon, les deux testicules sont à leur place, le gauche est au contact même de la tumeur.

Ventre souple, pas de corde épiploïque. Pouls normal. Respiration normale. Pas de tendance au refroidissement des extrémités.

Le malade n'a pas eu de selle depuis l'avant-veille, mais il affirme avoir rendu des gaz dans la matinée. Pas de vomissements. Pas de nausées.

Aucun taxis n'ayant été fait en ville, on fait une tentative après un bain d'une heure. Pas de résultat.

M. Schwartz se décide à faire la kélotomie.

Pendant l'anesthésie, on fait une incision cutanée paralèlle au grand axe de la tumeur, on divise les couches graisseuses, puis le sac d'où s'écoule un liquide clair.

Dans le sac, il est facile de reconnaître le gros intestin caché au dessous d'appendices épiploïques larges et épais, il ne présente aucune coloration anormale, mais contient des cybales.

L'étranglement se trouve au niveau de l'anneau inguinal, il enserre le pédicule de la hernie comme dans un étau et donne au doigt la sensation d'une constriction élastique, plus étendue que ne l'est en général le collet. On débride en haut et en dehors, on déchire un appendice épiploïque qui donne une assez grande quantité de sang et nécessite trois ligatures au catgut, on lie et on résèque un amas de graisse épiploïque disposé en couronne et dans lequel aurait pu s'engager une anse intestinale.

En attirant l'intestin au dehors on ne remarque aucune lésion au niveau du point serré ; c'est alors que pensant à réduire, on est frappé d'une espèce de repli qui s'insère sur l'intestin autour duquel il est comme tordu.

Au dessous de ce repli, et faisant corps avec le cordon on trouve une sorte de poche remplie de graisse et d'un liquide transparent.

Le repli épais et résistant qui empêche la réduction de l'intestin est alors sectionné, l'intestin devient immédiatement plus mobile, peut-être attiré davantage au dehors et son intégrité ayant été une fois encore constatée, on le rentre dans le ventre.

On laisse dans le sac cette sorte de kyste aqueux et graisseux

que M. Schwartz considère comme un ancien sac déshabité et adossé à celui qui contenait l'S iliaque ; la réduction obtenue, on constate que l'intestin est maintenant directement au contact de la paroi abdominale, qu'il n'est pas redevenu libre et serait prêt à redescendre à la moindre traction sur le cordon.

Suture de la plaie au crin de Florence, drainage, pansement. Guérison.

Observation IX (Campenon).

(*In* de Mayo, thèse de Paris 1897, obs. I).

Le 27 juin 1897 est entré à la salle Boyer, au nº 22, le nommé Désiré, âgé de 41 ans, porteur d'une énorme hernie scrotale gauche. Le malade a déjà subi, en septembre 1894, une cure radicale pour hernie scrotale droite du volume d'une tête de fœtus, sans qu'on ait noté aucun fait particulier au cours de cette opération.

La hernie actuelle descend jusqu'à mi-cuisse, son collet a le volume d'un poignet d'adulte, elle est presque complètement irréductible, présentant un mélange de sonorité et de matité irrégulièrement disséminés. Aucun trouble particulier de la défécation n'est signalé.

Le malade que cette infirmité empêche de se livrer à son métier de boulanger demande instamment l'opération.

Opération. — Le 2 juillet. Comme le volume de la tumeur fait soupçonner la présence du gros intestin par glissement, l'incision est faite, au niveau du collet; on arrive sans encombre dans un sac herniaire dont la partie antérieure est occupée par des anses d'intestin grêle qui sont facilement foulées. Le deuxième plan est rempli par des masses graisseuses nettement épiploïques dans la plus grande étendue, mais dont quelques-unes occupant la partie postéro inférieure sont moins jaunâtres et semblent disposées d'une façon transversale. Des adhérences, des brides, réunissent ces masses, formant des cloisons transversales, il

semble s'agir partout de lobes épiploïques adhérents entre eux et à la paroi postérieure

L'incision cutanée est prolongée par en bas sans atteindre cependant jusqu'au fond du sac, et l'on s'attaque aux masses graisseuses que l'on cherche à isoler et à détacher. Au cours de ces manœuvres, le doigt qui explore est arrêté à la partie inférieure et légèrement antérieure par une bride qui résiste. Un coup de ciseaux donné sur cette pseudo-bride, ouvre l'intestin dans une étendue de deux centimètres environ. On reconnaît qu'il s'agit d'une énorme hernie par glissement en forme de fer à cheval, dont la partie inférieure n'est pas sous-jacente au sac péritonéal, mais revient en grande partie en avant de lui.

Toute tentative de réduction est abandonnée ; on se contente, une fois l'épiploon réséqué, de maintenir l'intestin grêle, refoulé par quelques points de suture au niveau du collet.

Suites de l'opération. — Malgré une suture à double étage de la plaie intestinale, un anus contre nature partiel s'est établi et nécessitera une opération ultérieure.

Remarques. — En analysant les différentes phases de cette opération, M. Campenon nous fait remarquer que derrière les lobes épiploïques nets et franchement jaunes, il existait un tissu adipeux plus blanchâtre à disposition plutôt villeuse et transversale qui pourrait peut-être mettre en garde si un cas analogue se présentait,

Observation X (Hartmann)

(*In* De Mayo, thèse de Paris 1897, Obs. II)

Etranglement aigu dans une hernie par glissement de l'S iliaque

Le nommé F..., âgé de 30 ans, est entré le 8 novembre 1897 à l'hôpital Bichat, Salle Jayavay, pour papillome de la région anale.

Depuis l'âge de 15 ans le malade présentait une hernie inguinale gauche ordinairement indolore et réductible. Le 18 novembre au soir, pendant des efforts pour aller à la garde-robe, la hernie sort plus grosse qu'auparavant ; le malade ne peut la réduire. Néanmoins, pas de vomissements, pas de douleur vive au niveau de la hernie, si bien que l'attention n'est attirée sur l'étranglement herniaire que le lendemain à la visite. Le 10 au matin, suppression des gaz et des selles depuis la veille ; hernie inguinale gauche, de volume d'une petite orange, funiculaire, tendue, sonore, douloureuse à la pression au niveau du pédicule, irréductible. Néanmoins, quelques efforts de taxis parviennent à réduire le volume de la hernie ; on sent les gaz passer de l'anse herniaire dans les anses voisines. La masse totale de la hernie ne peut être réduite et présente de la tension. Etat général bon.

L'opération d'urgence est pratiquée à midi.

Opération. — Chloroforme. Incision au niveau du canal inguinal et de la partie supérieure de la tumeur herniaire.

La tumeur herniaire est isolée sans difficulté des parties environnantes. On ouvre le sac ; à son intérieur on constate une quantité négligeable de liquide citrin. Anse intestinale de coloration normale un peu vascularisée, sa paroi est épaisse ; on aperçoit une bande sur l'une de ses faces, elle contient des matières molles de consistance butyreuse. A côté de cette anse, on aperçoit des franges épiploïques un peu congestionnées. Pour lever l'étranglement qui est très peu serré, attendu qu'on peut, à côté de l'intestin, introduire le petit doigt dans l'anneau inguinal externe, on incise aux ciseaux la face externe du canal inguinal à partir de l'anneau.

Aucune lésion intestinale au niveau du collet. La réduction de l'anse du gros intestin semble d'abord se faire très commodément, mais on s'aperçoit que cette réduction entraîne celle du sac. Aussi, après avoir réséqué quelques franges épiploïques et les avoir liées en plusieurs pédicules isolés, on entreprend aussitôt la dissection du sac ; cette dissection est impossible en arrière.

On remarque alors que le gros intestin, quoique entièrement dans le sac, s'insère à la paroi postérieure de celui-ci, par son

méso qui a été entraîné dans le mouvement de descente, comme il est de règle dans les hernies par glissement. L'ouverture faite au sac est suturée, et le sac avec le gros intestin, et le cordon qui adhère à la paroi postérieure du sac, le tout isolé des parties environnantes, est réduit dans l'abdomen. La partie suturée du péritoine est fixée à la paroi abdominale antérieure par le procédé de Barker.

Reconstitution du canal inguinal par le procédé de Bassini. Suture des téguments.

De l'adhérence du cordon au sac et de la réduction simultanée de ces deux organes, il résulte qu'après l'opération le testicule est situé tout près de l'anneau inguinal externe.

Observation XI (Broca)

(*In* Renault, thèse de Paris 1898, Obs. XXVII)

Hernie inguinale gauche de l'S iliaque et d'une portion du colon descendant avec adhérence charnue naturelle

André S..., âgé de 26 mois, entre le 8 février 1897 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvillers.

Du côté du père on ne trouve rien à noter, un oncle maternel a une hernie; enfin l'enfant à un frère et une sœur bien portants. L'enfant a été élevé au sein et sevré à 18 mois. Il a marché à 14 mois. Il a eu la rougeole à 20 mois.

La hernie a été constatée pour la première fois à 4 mois, et à cette époque on a amené l'enfant à la consultation de l'Hôpital Trousseau.

On n'a jamais mis de bandage.

État actuel. — On constate une augmentation considérable du volume des bourses qui, à gauche surtout, descendent à mi-cuisse.

Le côté gauche des bourses contient une tumeur ovoïde qui reçoit une notable impulsion au moment des cris. Elle est faci-

lement réductible. Le canal inguinal dilaté admet facilement l'introduction de l'index.

Les testicules sont normaux.

L'enfant présente un léger de rachitisme.

Opération. — La cure radicale est faite le 10 février par M. Broca. Le sac est volumineux et funiculaire. Il contient l'S iliaque et le colon descendant fixé par une adhérence charnue naturelle.

Le 18 février, les fils sont enlevés et on remarque un léger sphacèle très superficiel au niveau des points de suture, mais il n'y a pas de pus. Enfin il existe un petit hématome du cordon.

Le 28 février, l'enfant sort guéri et l'hématome est à peu près disparu.

Observation XII (Périer).

(*In* Desbordes, thèse de Paris 1896, Obs. I).

Hernie inguinale gauche irréductible. — Cure radicale.

Le 28 octobre 1895, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer, un employé de commerce agé de 32 ans. Il vient réclamer lui-même l'opération pour une hernie inguinale gauche qui remonte à l'enfance.

Dès la plus tendre jeunesse, il avait une petite pointe de hernie insignifiante, il ne ressentait alors aucun malaise, la hernie facilement réductible, était bien maintenue par un bandage.

Il négligea de porter constamment son bandage et la hernie augmenta progressivement. A 20 ans, il fut réformé, et à partir de cette époque, la tumeur devint plus volumineuse et commença à lui occasionner quelques coliques. Fait important ; le bandage qui jusque là avait été facilement porté devient intolérable. La compression qu'il exerçait était douloureuse, lorsqu'il cherchait à réduire la hernie, tout ne rentrait plus comme aupa-

ravant ; elle était donc devenue irréductible, mal contenue au moindre effort, la hernie filait sous le bandage, et son volume allait croissant, si bien que vers l'âge de 28 ans, de bubonocèle. elle se transforma en oschoécèle.

Jusque ici, le malade n'avait éprouvé que quelques malaises bientôt survinrent une série de petits accidents tels que crampes, coliques, nausées. Depuis quelques temps même, les douleurs étaient devenues beaucoup plus vives, les coliques cessant d'être localisées, s'irradiaient à tout l'abdomen, à tel point que deux ou trois fois par semaine, le hernieux était obligé de s'aliter.

Après une journée de repos, tout se calmait, mais c'était un calme de peu de durée ; aussi affirmait-il qu'il lui était impossible de vivre avec cette infirmité.

— *Examen*. — Homme vigoureux, sans tare héréditaire ou personnelle.

Sa hernie atteint environ le volume du poing. Sonore à la percussion par endroit, on trouve en certains points des zones mates. Facilement réductible, elle rentre avec le gargouillement caractéristique, mais on sent qu'il reste dans le sac une petite masse adhérente, on ne sentait pas la corde épiploïque. On ne recourut pas à l'injection de liquide et de gaz par l'anus, on fit alors le diagnostic d'entéro-épiplocèle adhérente sans émettre l'hypothèse de l'S iliaque.

L'opération est décidée pour le 30 octobre. L'avant-veille le malade est baigné et purgé. Le matin de l'opération, de très bonne heure le malade est rasé, on lui administre un lavement qu'il rend aussitôt.

Opération. — Après avoir savonné à la brosse le champ opératoire, antisepsie par permanganate, bisulfite et sublimé. Chloroforme. Incision des divers plans, ouverture du sac, dont le contenu se compose d'intestin grêle, facilement réductible ; une masse d'épiploon nullement adhérente est réséquée après ligature. Il ne reste plus qu'une portion du gros intestin facilement reconnaissable à ses bandes et à ses franges épiploïques.

La plus grande partie se réduit, mais tout en haut, à la partie supérieure près du collet, l'anse est intimement adhérente, le péritoine fait défaut. On a une adhérence par glissement et déplissement du méso.

On cherche à libérer cette anse ; la dissection avec les doigts et la sonde cannelée est des plus pénibles ; on parvient néanmoins assez haut dans l'anneau ; l'anse libre rentre assez facilement, il n'y eût qu'une perte de sang minime.

Ligature posée sur le sac, aussi haut que possible on fait une suture des piliers antérieurs.

10 novembre. — On retire les fils. Réunion parfaite.

21 *novembre.* — Malade sort guéri.

Observation XIII (Périer).

(*In* Desbordes, thèse de Paris, 1896, Obs. II, résumée).

Hernie inguinale gauche. — Phénomènes légers et étranglement.

Joseph D..., 75 ans, entré le 8 novembre 1895, à Lariboisière, dans le service de M. Périer, pour une hernie inguinale gauche, volumineuse et douloureuse apparue il y a vingt-cinq ans. D'abord simple bubonocèle, facilement réduite et contenue par un bandage, nullement douloureuse, qui peu à peu augmente de volumé, devient irréductible en partie, file sous le bandage au moindre effort. Descendue dans les bourses depuis sept à huit ans.

Le 4 novembre 1895, à la suite d'un effort, la hernie grossit, se tend et devient sensible, nausées. Le malade se couche, fait du taxis, mais en vain ; un médecin fait le taxis inutilement. Suppression des gardes-robes, sans arrêt encore de gaz. Pas de vomissements. Il reste alité pendant quatre jours, prend, sans résultat, un purgatif ; il se résout à entrer à l'hôpital.

Examen. — Hernie grosse comme une tête de fœtus, légèrement tendue, peu douloureuse, même au niveau du collet ; si on dirige le doigt vers l'anneau inguinal, il est impossible d'y pénétrer, le pédicule herniaire volumineux le remplit complètement. A la percussion, on trouve une sonorité, très nette, sauf en certains points qui semblent occupés par l'épiploon.

On ne cherche pas à réduire la hernie. Pas de nausées. Langue bonne, pouls régulier, bien frappé, les gaz passent, mais depuis quatre jours, suppression des selles. État général assez bon. Un peu de congestion à la base des poumons.

Traitement. — Le malade est alité. On lui applique un sac de glace sur la hernie. Régime lacté.

9 *novembre.* — État stationnaire.

10 *novembre.* — Nausées. Pas de vomissements. Arrêt des gaz. Absence complète de garde-robe. On propose l'intervention qui est acceptée; l'état local n'a pas changé.

Opération. — Chloroforme. Antisepsie soignée de la zone opératoire. Incision des parties superficielles. A l'ouverture du sac, il s'écoule un peu de liquide brun, noirâtre. Le contenu se compose d'épiploon, d'intestin grêle et d'une anse du gros intestin (S iliaque). L'anneau assez large serre modérément le pédicule, on l'ouvre d'un coup de bistouri, pour faciliter la réduction.

L'épiploon est rouge, congestionné, très vasculaire, mais ne présente aucune adhérence avec les parties voisines. On le résèque.

L'intestin grêle absolument sain rentre facilement. Reste l'anse iliaque. Elle est distendue par des matières fécales qu'on fait filer en les malaxant. Mais, malgré cela, la réduction ne s'opère pas et, en examinant avec soin, on voit qu'on a affaire, là encore, à un glissement du mésocolon. Il existe une adhérence par glissement sur une longueur d'environ 3 centimètres. On cherche à séparer cette anse, mais la présence de gros vaisseaux, force à agir avec beaucoup de prudence. Devant l'impossibilité de disséquer ces adhérences. M. Périer resèque la portion du sac qui a été séparée des parties environnantes, puis se contente de refermer le péritoine, autour du gros intestin, par une suture en surjet. Le tout est réduit sur l'abdomen. L'orifice herniaire large recevait environ trois doigts. On suture les piliers antérieurs pour refaire la paroi antérieure du canal.

Les suites de l'opération furent assez bonnes. On purge le malade deux ou trois après. Mais délire, urine dans son pansement. Néanmoins, pas de température.

20 *novembre*. — On enlève les fils. Plaie en assez bon état; orifices des fils un peu rouges.

22 *novembre*. — Phlegmon de la paroi; on sépare, à la sonde cannelée, les deux lèvres de la plaie.

Guérison complète au bout de six semaines.

Observation XIV

(Julliard, *Congrès Français de Chirurgie*, 1895, p. 453, obs. I).

Homme de 67 ans, affecté depuis 9 ans d'une hernie inguinale gauche. Il y a 2 ans, essaye de porter un bandage qu'il abandonne pour porter un suspensoir.

Ce suspensoir ne maintient pas la hernie, elle augmente jusqu'au point où étant devenue insupportable, le malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Enorme hernie inguinale gauche descendant jusqu'au genou. Cette hernie est irréductible, incoercible et très douloureuse, au point que le malade ne peut marcher ni même se tenir debout.

Opération. — J'incise le sac herniaire, je constate qu'il renferme l'intestin grêle, et l'épiploon et beaucoup du gros intestin. L'intestin grêle est facilement réduit, l'épiploon est réséqué. Quant au gros intestin, il est adhérent au sac d'une façon tellement intime qu'il fait corps avec lui, qu'il le constitue en majeure partie et qu'il est par conséquent impossible de l'én séparer. Les éléments du cordon sont dissociés et compris dans les parois du sac, dont ils ne peuvent être séparés.

J'attire alors le bout supérieur de l'intestin et je le sectionne à sa sortie de l'anneau : j'attire de même le bout inférieur que je sectionne de la même façon.

Puis, je suture les deux bouts par une entérorraphie circulaire à deux étages, et je les réduis facilement dans la cavité abdominale. Le collet du sac est lié en deux parties, sectionné et

facilement réduit. Après quoi j'extirpe l'intestin qui n'a pu être réduit, le sac, et le testicule.

Suture de l'anneau dont les piliers étaient fortement écartés.

Dans cette opération, 47 centimètres d'intestin ont été enlevés.

Mon opéré a bien guéri. 7 mois après l'opération, il se porte bien.

Observation XV

(Julliard, *Congrès Français de Chirurgie*, 1895, p. 453, obs. II).

Homme de 62 ans. Hernie inguinale gauche depuis 2 ans ; a porté un bandage pendant quelque temps. Mais la hernie difficile à contenir devient incoercible. Elle a énormément grossi depuis un an, ne peut être réduite et provoque de vives douleurs.

Etat actuel. — Enorme hernie inguinale gauche descendant comme la précédente au genou. Elle n'est irréductible qu'en partie, incoercible et très douloureuse, au point que le malade ne peut ni marcher, ni se tenir debout.

Opération. — Le sac herniaire étant ouvert, j'y trouve de l'épiploon quelques anses d'intestin grêle, et une très grande anse de gros intestin.

L'intestin grêle est facilement réduit. Je résèque l'épiploon dont je réduis également le moignon. Quant au gros intestin, il adhère au sac et fait corps avec lui, impossible de l'en séparer.

J'attire au dehors le bout supérieur de l'intestin, et je le sectionne au niveau de l'anneau inguinal. J'attire également le bout inférieur que je sectionne de la même façon.

Puis, je suture les deux bouts par une entérorraphie circulaire à deux étages. Je réduis l'anse suturée qui disparaît dans la cavité abdominale.

Le collet du sac est sectionné au devant de l'anneau, j'attire le sac au dehors en le libérant des parties voisines, je le lie en

deux parties et l'abandonne dans la cavité abdominale où il rentre facilement.

Après quoi, j'extirpe l'intestin qui n'a pu être réduit ainsi que le testicule.

Suture des piliers et des muscles au catgut. Suture de la peau au fil de soie.

Dans cette opération, 47 centimètres de gros intestin ont été enlevés.

Guérison. — Quatre mois après, l'opéré se porte bien, il ne porte pas de bandage.

Observation XVI.

(Froelich. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, avril 1899, n° 33).

Hernie inguinale gauche irréductible.

Le nommé V.., aubergiste, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital civil en février 1899 pour une hernie inguinale gauche irréductible. La hernie existe depuis trois ans, le bandage n'a jamais pu la contenir. Douleurs épigastriques, coliques, et tiraillements fréquents et constipation. Il désire se faire opérer.

Examen. — Homme grand et musclé. La tumeur a le volume du poing, elle est mate à la percussion, totalement irréductible.

On sent au palper des noyaux durs, on perçoit en outre une sorte de froissement, de crépitation neigeuse. La tumeur se poursuit sous forme d'une corde dans le ventre.

Diagnostic. — Hernie épiploïque adhérente.

Opération. — Le 8 février, incision du sac à la partie antérieure ; il est épais, un liquide brun, séreux s'en échappe ; nous n'y trouvons pas l'épiploon, mais une anse du gros intestin, placé en arrière et en dehors sur le sac. Cet intestin est turgescent à parois épaissies. Les franges épiploïques sont grosses et dures comme des tumeurs fibreuses.

L'anse a une forme en fer à cheval, la branche antérieure et interne est revêtue complètement de péritoine et possède un méso ; la branche externe et postérieure en est dépourvue, le péritoine passe sur l'intestin qui est sessile, en laissant libre sa paroi postérieure qui est implantée dans le tissu cellulaire rétro-scrotal.

Il s'agit d'une hernie par glissement du gros intestin (S. iliaque).

L'intestin est adhérent, non seulement hors de l'anneau herniaire, mais encore à l'intérieur du ventré, dans la fosse iliaque jusqu'à une distance qu'il m'est impossible de reconnaître.

Dès lors, la cure radicale classique est impossible. J'essaie de décortiquer l'intestin et le sac de façon à les réduire ensemble dans l'abdomen.

En cherchant à isoler l'intestin en arrière, je suis forcé de rompre et de lier de grosses artères, la décortication est trop laborieuse à cause de la densité du tissu rétro-scrotal qui me force à amincir la paroi de l'intestin. Craignant de la perforer, J'interromps l'opération.

Je résèque une partie du sac et je suture à la soie, enfin je ferme la peau par dessus.

Les suites opératoires furent tout à fait normales.

Observation XVII (Lambret).

(*In* thèse de Mouton 1899) Obs. I.

Hernie inguinale gauche.

N.., 35 ans, entré à l'hôpital le 26 août 1897, dans le service du Pr Folet que je suppléais. Cet homme est porteur d'une hernie inguinale gauche grosse comme le poing, impossible à contenir par un bandage. La réduction complète n'est pas obtenue. La tumeur est de consistance mollasse et pâteuse.

Diagnostic. — Entéro-épiplocèle.

Opération. Le 28 août, avec l'aide du Dr Devauchelle, interne de service.

Ouverture du sac au niveau de l'anneau ; il n'y a pas d'épiplocèle, nous nous trouvons en présence d'une hernie adhérente du gros intestin. Les tuniques sont très épaissies et le revêtement péritonéal a un aspect scléreux. Il existe une hypertrophie considérable des appendices épiploïques qui sont indurés. J'essaie de disséquer le sac et de mobiliser l'intestin, mais de nombreux vaisseaux sont sectionnés et l'ouvrage n'avance pas Je me décide alors à faire la résection de l'intestin hernié, à imiter ainsi la conduite suivie par Julliard (Congrès français de chirurgie 1895).

La coprostase est assurée au moyen de clamps garnis ; l'intestin, sectionné transversalement, est séparé de son pédicule nourricier, lié pour assurer l'hémostase.

L'anastomose termino-terminale est alors pratiquée par trois plans de sutures circulaires à points séparés.

Malgré cette résection, on éprouve encore des difficultés pour rentrer dans le ventre la partie d'intestin ou porte la suture et qui reste en face de l'anneau. Celui-ci très large est resserré, un drain est placé dans la plaie.

Pansement. — La partie du gros intestin réséquée mesure environ 15 centimètres.

Suites très simples. — Le huitième jour on fait le pansement et on enlève le drain. On fût obligé d'ouvrir la partie tout à fait supérieure de la cicatrice, à cause d'une petite suppuration superficielle.

Le malade sortit de l'hôpital à la fin de septembre. On lui conseilla le port d'un bandage pour maintenir la cicatrice *qui bombe légèrement.*

Observation XVIII (Lambret)

(*In* mouton, thèse de Lille 1899, Obs. II.)

Hernie gauche du gros intestin

O... Louis, journalier, rue des Etaques n° 12, entre le 12 novembre 1897, dans le service du Pr Folet.

L'apparition de la hernie remonte à 5 ans. Elle a peu à peu augmenté de volume jusqu'à atteindre celui des deux poings environ. Elle descend complétement dans les bourses ; elle est indolente, mais par le fait de son volume même, est fort gênante pour le travail. Elle est est en grande partie réductible avec gargouillement ; le diagnostic d'entérocèle étant porté, on propose la cure radicale. L'opération est faite, le 23 novembre par le Dr Folet. Après l'incision de la peau et du tissu cellulaire. on se met a la recherche du sac. Mais les cellules ne se présentent pas à la vue comme dans une cure radicale normale. En pinçant la masse qn'on suppose représenter le sac on trouve que celui-ci doit être singulièrement épais ; l'aspect extérieur est bizarre, rougeâtre et charnu ; l'hémorragie provoquée par la dissection est beaucoup plus considérable que de coutume.

L'ouverture du sac est, en outre excessivement pénible: les plans succédent aux plans et la cavité herniaire n'est pas encore incisée. Un dernier coup de ciseaux et les matières fécales apparaissent par une plaie de l'intestin ; ces matières sont jaunes, épaisses et durcies, comme celles qu'on rencontre dans les dernières parties du tube digestif. Tout s'explique: on se trouve en présence d'une hernie par glissement du gros intestin avec absence de sac en arrière. La plaie intestinale est fermée par un double plan de suture à la soie fine. Un plan de clivage qu'on trouve permet après agrandissement de l'incision, de réduire en masse dans le ventre tout le paquet herniaire. A cause de la blessure intestinale et de la souillure de la plaie par

les matières, l'ouverture de la cavité de la hernie est, en effet, jugée imprudente, car elle devrait être pratiquée très haut et en avant presque dans le péritoine.

Un gros drain est placé dans la plaie, on s'arrange de façon à laisser près du canal inguinal la partie intestinale suturée: les piliers sont rapprochés à l'aide de trois fils de soie, et après pansement, le malade est reporté dans son lit.

Le lendemain, il y avait une élévation de température, mais c'était une simple alerte ; le surlendemain, le thermomètre marquait 37°5 et le malade guérissait alors très simplement de cette première intervention. Il sortit de l'hôpital le 15 décembre. A ce moment, de fortes réserves furent faites sur la possibilité d'une *récidive à bref délai.*

Ce pronostic ne tarda pas à être confirmé, car le 13 janvier 1898, le malade rentrait pour une récidive de sa hernie.

La deuxième intervention fut pratiquée le 26 janvier.

Toute la hernie est encore une fois réduite en masse. Cette réduction est facilitée par la découverte d'un plan de clivage qui permet de mobiliser l'intestin à peu de frais, c'est-à-dire sans grande hémorragie. A ce moment, il apparaît très nettement que s'il était possible de fermer d'une façon définitive le large anneau herniaire, la cure serait vraiment radicale. Seul le cordon s'oppose à cette obturation complète, la castration préalablement autorisée par le malade, est alors pratiquée.

Les piliers sont de suite rapprochés et unis l'un à l'autre par des sutures au fil d'argent perdu: la peau est fermée au crin de Florence sans drainage.

La guérison se fit très simplement. Le 20 février, le malade sortait de l'hôpital complètement guéri. Cette guérison s'est maintenue depuis, ainsi que nous avons pu le constater un jour qu'une contusion du poignet avait amené cet homme à la consultation gratuite.

Observation XIX (Lambret).

(*In* thèse de Mouton, Lille 1899, Obs. III).

Hernie inguinale gauche irréductible.

D... Fidèle, 51 ans, polisseur à Emerchicourt. Le malade entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le 25 mai 1898, dans le service du Pr Folet que je supplée à ce moment. Il porte depuis 4 ans une hernie qui a progressivement augmenté de volume : elle a été été longtemps réductible ; cette réductibilité a beaucoup diminué depuis un an ; depuis deux mois, elle a complètement disparu et la hernie habite constamment la bourse gauche. Le testicule est indépendant de la tumeur ; d'ailleurs, étant donné l'apparition très tardive, il y a peu de chance pour qu'on se trouve en présence d'une hernie congénitale.

En pratiquant le taxis, le malade étant dans le décubitus dorsal convenable. J'arrive, contrairement à l'affirmation du malade, à faire rentrer une certaine quantité d'intestin qui se réduit avec gargouillement. Mais une portion d'intestin reste fixée dans la hernie, et résiste à toutes les pressions ; la sonorité obtenue par la percussion permet d'affirmer que cette masse, qui refuse de se réduire, est bien constituée par l'intestin. Le malade est assez gras, et l'épaisseur du tissu cellulaire s'oppose à une palpation minutieuse et il n'est pas possible de sentir des nodosités représentées par les appendices épiploïques hypertrophiés et durs, tels qu'ils se présentent dans les hernies du gros intestin. Néanmoins, j'annonce qu'il est probable que la partie de la hernie qui résiste aux efforts de réduction, est formée par le gros intestin.

L'opération est faite le 1er juin. Après incision de la peau et du tissu cellulaire, et quelques tentatives de dissection, je constate dans le bas de la plaie l'existence d'un tissu charnu et rou-

geâtre qui doit représenter la face postérieure de l'intestin dépourvue de péritoine. Prolongeant mon incision par en haut, j'ouvre le sac immédiatement entre les piliers inguinaux, c'est-à-dire presque dans le ventre, certain de cette façon de ne pas provoquer une blessure intestinale. Le sac ouvert, je constate la présence de quelques anses grêles qui rentrent sans aucune difficulté. A la partie postérieure et inférieure du sac, le gros intestin épaissi, comme scléreux sans son revêtement péritonéal, fait un relief accentué encore par la présence de plusieurs appendices épiploïques énormes et durs. La dissection du sac est alors commencee de haut en bas, c'est-à-dire de l'anneau vers le scrotum ; elle se fait très facilement jusqu'au moment où on arrive au gros intestin. A ce niveau, quelques petits vaisseaux commencent à donner, je m'éloigne alors de la face profonde du gros intestin, me rapprochant de la face profonde de la peau, et je trouve un plan de clivage qui me permet de contourner l'intestin, sans détruire les vaisseaux nourriciers; je remonte ainsi en arrière jusqu'à l'anneau. Il est de toute evidence qu'il était impossible de réséquer le sac, je prends alors le parti de fixer, haut dans l'abdomen, toute la partie antérieure à laquelle n'adhère pas l'intestin, par le procécé de Kocher, cette manœuvre n'est possible qu'après réduction, et celle-ci est très pénible. Je suis obligé d'inciser la paroi abdominale, de faire une *hernio-laparatomie*. Après quoi, à l'aide d'une pince, j'amène le sac dans la boutonnière de Kocher. Cette partie du sac qui dépasse ainsi la paroi abdominale me fournit encore assez d'étoffe pour former des lanières à l'aide desquelles je suture l'un à l'autre les piliers inguinaux.

Drainage. Suture de la peau.

7 *Juin.* — Premier pansement et ablation du drain. Etat général excellent. — Le malade sort guéri le 8 juillet 1898.

Observation XX (Weiss)

(Gross. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1er juin 1903). — Obs. III.

Hernie inguinale gauche contenant l'S iliaque. — Cure radicale.

Auguste S..., 57 ans, charpentier, entre le 26 juillet 1901, dans le service de M. le Professeur Weiss, salle III, lit 5.

Malade vigoureux, obèse; dit ressentir depuis quelques mois des troubles digestifs marqués (inappétence, constipation opiniâtre) et avoir constaté, il y a une quinzaine de jours seulement, la présence d'une hernie.

A l'examen local, on constate dans l'aine à gauche, une hernie inguinale du volume d'une mandarine, et d'une consistance mollasse, pas très tendue, peu douloureuse, difficilement et incomplètement réductible, d'abord mate à la percussion, puis sonore le lendemain, après l'administration d'un purgatif.

Diagnostic. — Hernie intestinale vraisemblablement du gros intestin. L'opération est pratiquée le 28 juillet par M. le Professeur Weiss. Anesthésie au chloroforme. Incision cutanée. On trouve facilement le sac et, après l'avoir un peu libéré en avant, on l'incise. Il contient un anse de gros intestin adhérent très intimement en arrière à la paroi scrotale postérieure par un tractus épais et très vasculaire. Toute sa partie postérieure est extra-sacculaire. Les adhérences sont difficiles à libérer ; cependant on arrive à les séparer d'avec la paroi scrotale et à réduire complètement l'anse herniée, après avoir posé quelques ligatures.

La brêche faite au sac, en avant, est fermée par une ligature, l'anneau obturé par deux points en U. Réunion sans drainage. Suites opératoires apyrétiques, simples. Réunion par première intention. Le malade sort le 20e jour, en parfait état.

Conclusions.

I. — L'étude de l'Anatomie pathologique des hernies par glissement de l'S iliaque nous a montré deux points capitaux :

1° L'intestin est habituellement extra-sacculaire dans une étendue plus ou moins grande de sa circonférence.

2° L'intestin et les vaisseaux nourriciers accolés au feuillet postérieur du sac sont en rapport intime avec les éléments du cordon et adhérent au cordon.

II. — Il en résulte que lorsqu'on songera, en opérant une hernie inguinale, à une hernie de l'S iliaque, il faudra inciser le sac en avant et assez près du collet. Puis, après avoir reconnu la présence du côlon iliaque, le chirurgien devra séparer du cordon, avec un soin extrême, le feuillet postérieur du sac et les vaisseaux nourriciers qui lui sont accolés.

III. — *Toute cure radicale* des hernies par glissement de l'S iliaque, devra non seulement comprendre la réduc-

tion de l'anse herniée, mais encore empêcher la récidive de la hernie.

La *réduction* ne sera souvent possible qu'après une dissection poussée très haut dans la cavité abdominale. Cette dissection ne pourra être faite que grâce à une véritable *hernio-laparotomie* comme l'a pratiquée M. le professeur Terrier.

IV. — Deux procédés seuls prétendent empêcher la récidive de la hernie. Ce sont : celui de M. Savariaud et celui de M. Morestin.

Nous pensons que le seul procédé vraiment efficace est celui de M. Morestin. Il est basé sur la pathogénie et consiste dans la réfection du méso et la fixation de l'S iliaque par une mésocolopexie. Ainsi on prévient sûrement les récidives.

Nous adoptons donc l'opération proposée par M. Morestin ; mais son incision abdominale sur le bord externe du muscle droit qu'il a pratiquée une fois ne nous semble pas très commode, et nous préférons faire, dans tous les cas, une incision dans la fosse iliaque gauche, dont la direction semble prolonger l'incision inguino-scrotale.

V. — Dans les hernies par glissement de l'S iliaque, étranglées, si la réduction est impossible, et si l'état du malade est précaire, l'anus artificiel constituera l'ultime ressource.

Vu : Le Président de Thèse,
F. ERRIER

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Index Bibliographique.

Anderson. — Hernie de l'S iliaque à travers le canal inguinal. — Absence du sac. — *Association médicale Britannique* (63e session). *Semaine médicale*, 1895, p. 334.

Arnaud. — *Traité des hernies*, 1749 (p. 215).

Bérard. — Diagnostic des hernies de l'S iliaque (*Bullet. Société anatom.*, 1827).

Bard. — *Thèse de Lyon*, 1896. Contribution à l'étude des variétés rares des hernies inguinales et crurales au point de vue de leur siège et de leur contenu.

Blaise. — *Thèse de Paris*, 1894. Cure radicale de la hernie inguinale.

Berger. — *Traité de chirurgie* (Duplay-Reclus). Tome IV.

Boiffin. — Hernies adhérentes du sac. *Thèse de Paris*, 1887.

Bourcart. — *Th. de Paris*, 1863. (Situation de l'S iliaque chez le nouveau-né.)

Boussi. — *Soc. anat. de Paris*, 1878, p. 59.

Brachi. — De hernia inguinali immobili, 1812.

Broca (Aug.). *Soc. anat.*, 1883. Hernie de l'S iliaque et de la vessie. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 10 octobre 1891.

Cerné. — Hernies inguinales irréductibles. — Cure radicale. — *Normandie médicale*, 1889.

Desbordes. — Hernies inguinales de l'S iliaque. — Adhérences par glissement, *Th. de Paris*, 1896.

Duret. — Variétés rares de la hernie inguinale. *Thèse d'agrégation*, Paris 1883

Froelich. — *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie* (avril 1899).

Folet. — *Echo médical du Nord* (1897 octobre).

Gangolphe. — Contribution à l'étude des hernies du gros intestin. *Mém. et compte rendu Soc. des sc. méd. de Lyon* (1891, 1892, XXXI, 215-222).

Gillette. — Hernie de l'S iliaque (*Soc. anat.*, 1862).

Gross (Georges). — Des hernies du gros intestin par glissement et de leur traitement (*Archives provinciales de chirurgie*, mai et juin 1903).

Hartmann H. — Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies (*France médicale*, 1er mars 1887).

Henriet. — Hernie de l'S iliaque avec inversion splanchnique (*Soc. anat.*, 1873).

Jaboulay. — *Traité de chirurgie* (Le Dentu et Delbet. T. VII)

Julliard. — *Congrès français de chirurgie*, Paris 1895.

Jonnesco Th. — *Traité d'anat.* (Poirier), t. IV.

Ladroitte. — *Bull. Soc. anat.* (mars 1882, p. 169).

Malgaigne. — *Bull. Acad. des Sc.*, 1841. — *Mémoires sur les étranglements herniaires.*

Mauclaire. — *Bull. soc. anat.* (Paris, juillet 1896, t. XXI, 565).

De Mayo. — Contribution à l'étude des hernies par glissement du gros intestin (Hernies inguinales). *Thèse de Paris*, 1897.

Mérigot de Treigny. — Hernies du gros intestin (*Thèse de Paris*, 1887).

Meyville. — Traitement des hernies irréductibles (*Thèse de Paris*, 1888).

Morestin. — Traitement des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque. (*XIIe Congrès international de médecine, section de chirurgie,* Paris, août 1900).

Mouton. — Des hernies adhérentes par glissement du gros intestin, leur thérapeutique (*Thèse de Lille*, 1889).

Nicaise. — Les aahérences intestinales dans les phénomènes d'étranglement (*Gaz. méd.*, 1874).

Pascal. — *XIVe Congrès français de chirurgie*, 1901, p. 175.

Périer. — Diagnostic des hernies de l'S iliaque (*Bull. Soc. de chir.*, 1885).

J. L. Petit. — *Traité des maladies chirurgicales*, 1838.

Peyrot. — *Manuel de Pathologie externe* (t. III).

Renault. — *Thèse de Paris* 1808. Les hernies inguinales du cæcum et de l'S iliaque, considérées principalement chez l'enfant.

Ricard. — *Bull. soc. anat.*, janvier 1888.

Robert. — Hernie de l'S iliaque (*Soc. anat.*, 1858).

Roussel. — Hernie de l'S iliaque (*Soc. anat.*, 1858.).

Savariaud. — Hernies par glissement de l'S iliaque, procédé nouveau de cure radicale *Bull. et Mém. de la soc. anat.*, Paris, 1900, p. 772-777. *XVI^e Congrès français de chirurgie*, 1901, p. 575).

Scarpa. — *Traité des hernies* (Trad. Cayol., Paris, 1812).

Segond. — Cure radicale des hernies (*Thèse agrégation*, Paris, 1883).

Teirlinck. — L'S iliaque et ses affections. — *Belgique méd.* Gand-Hareem, 1901, t. I).

Trélat. — Cliniques chirurgicales.

Trèves. — *British méd. Journal*, 1885, t. I, et 19 février 1887.

Verneuil. — *Bull. soc. de chir.*, 1855, Hernie de l'S iliaque.

Paris. — Imprimerie de l'Institut de Bibliographie. — XI-1903. — 1327.